……………..................................

miejscowość , data

**POTWIERDZENIE WOLI**

**zapisu dziecka do oddziału przedszkolnego w Szkole Podstawowej nr 1 im. Jana Pawła II w Stanisławiu Dolnym**

 Potwierdzam wolę zapisu dziecka:

…………......................................................................................................................

imię i nazwisko dziecka

numer PESEL dziecka

do Przedszkola w Szkole Podstawowej nr 1 im. Jana Pawła II w Stanisławiu Dolnym, do którego zostało zakwalifikowane do przyjęcia.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |   |
| ...............................................  | ..............................................  |
| podpis matki/ opiekuna prawnego  | podpis ojca /opiekuna prawnego  |